

Artigo de Revisão / Review Article

Lesões Não Ginecológicas que Simulam Patologia Ginecológica

Non Gynecologic Lesions Mimicking Gynecological Pathology

Inês Pereira¹, Teresa Margarida Cunha²

¹Assistente Hospitalar de Radiologia – Serviço de Radiologia, Hospital de Santarém
Director: Dr. Salvação Esteves

²Assistente Hospitalar Graduada de Radiologia – Serviço de Radiologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil
Director: Dr. Rui Costa

Resumo

Existe um amplo espectro de achados radiológicos de lesões não ginecológicas que simulam patologia ginecológica, principalmente doenças inflamatórias e neoplasias. Na sua avaliação diagnóstica são necessários exames clínicos, laboratoriais e radiológicos. O Radiograma simples do abdómen, a Ecotomografia transabdominal e transvaginal, a Tomografia Computorizada e a Ressonância Magnética são modalidades radiológicas adequadas para avaliar estas entidades. Neste artigo ilustramos os diferentes achados que auxiliam no diagnóstico diferencial de lesões abdominais e pélvicas que simulam patologia ginecológica. Neoplasias gastro-intestinais, apendiculares, pélvicas retroperitoneais, mesentéricas e do epíploon têm que ser diferenciadas. Patologia inflamatória como a apendicite aguda e o abscesso peri-apendicular, bem como o quisto de inclusão peritoneal, linfocelo pélvico e outras lesões peritoneais têm que ser consideradas.

Palavras-chave

Lesões Ginecológicas; Infecção; Neoplasia; Ovário; Ecotomografia; Ressonância Magnética.

Abstract

There is a wide spectrum of abdominal and pelvic nongynecologic lesions that simulate gynecologic pathology, mainly inflammatory and neoplastic conditions. In their diagnostic evaluation appropriate clinical, laboratory and radiologic studies are needed. Plain radiographs, transabdominal and transvaginal ultrasound, CT and MR are good imagiological modalities to evaluate these entities. In this presentation we illustrate the different imaging findings that aid in the differential diagnosis of abdominal and pelvic lesions that mimic gynecologic pathology. Gastro-intestinal, appendiceal, retroperitoneal pelvic, mesenteric and omental tumors must be disclosed. Inflammatory conditions such as appendicitis and periappendiceal abscesses, as well as peritoneal inclusion cyst, pelvic lymphocele and other peritoneal and miscellaneous lesions are other conditions to be considered.

Key-words

Gynecological Lesions; Infection; Neoplasm; Ovary; Ultrasound; Magnetic Resonance Imaging.

Introdução

A detecção correcta das lesões pélvicas é importante para estabelecer uma estratégia terapêutica, no entanto a identificação do órgão de origem ou do compartimento anatómico do qual a lesão se origina pode por vezes ser complexo. A individualização do útero e de ambos os ovários é importante na exclusão de lesão ginecológica,

no entanto isto nem sempre é possível dada a contiguidade da lesão e o efeito de massa sobre as estruturas pélvicas normais. De referir ainda que os ovários podem não ser identificados nos estudos radiológicos nas mulheres pós-menopausa. O diagnóstico correcto implica uma análise sistematizada das características das lesões, tais como o seu conteúdo e morfologia, bem como a determinação da relação da lesão com as referências anatómicas pélvicas. Estas referências incluem o órgão de origem, relação com os vasos, envolvimento peritoneal ou extra-peritoneal e envolvimento da parede lateral pélvica.

Lesões Gastrointestinais

As lesões quísticas do apêndice são raras e podem não ser neoplásicas, incluindo diferentes entidades como o mucocelo, inflamação, hiperplasia e neoplasias benignas (cistadenoma mucinoso) ou malignas (adenocarcinoma mucinoso).

O **mucocelo do apêndice** e os **tumores mucinosos apendiculares** (Fig. 1) podem simular tumores quísticos do ovário direito, sendo assim a identificação do ovário direito separadamente da lesão crucial na exclusão destas entidades.

A identificação de uma massa quística ovóide ou tubular em contiguidade com o complexo ileo-cecal e sugestiva da sua origem apendicular.

A Tomografia Computorizada (T.C.) é a técnica ideal para a avaliação destas lesões dado que a relação anatómica entre o tumor apendicular e o complexo ileo-cecal é mais bem demonstrada por T.C. do que por ecografia, sendo também mais sensível para a detecção de calcificação mural, quando presente, do que o radiograma do abdómen. A ruptura de um tumor mucinoso resulta em **pseudomixoma peritonei** (Fig. 2) com acumulação intraperitoneal de material gelatinoso. Com a progressão do processo, o material mucinoso pode envolver o intestino, formar implantes peritoneais e do epiploon que se manifestam como tumores focais ou em toalha, e haver espessamento peritoneal concomitante.

O “scalloping” dos órgãos sólidos viscerais, que é uma característica típica do pseudomixoma peritonei, raramente é demonstrado na região pélvica.

A patologia inflamatória do tracto gastro-intestinal, nomeadamente os abscessos podem também apresentar-se como massas anexas, simulando um abscesso tubo-ovárico. A apendicite resultando em **abscesso periapendicular** (Fig. 3) e a **doença de Crohn** são as causas mais frequentes de lesão lateralizada à direita, enquanto a **doença diverticular** (Fig. 4) é a principal causa de abscesso pélvico à esquerda.

Os tumores do tracto gastro-intestinal quer do intestino delgado ou grosso, podem igualmente manifestar-se como tumores pélvicos. Estes tumores incluem os tumores do primários do recto e os tumores do estroma gastrointestinal (GIST), que tipicamente evidenciam necrose quística ou liquefacção intra-lesional. Estas lesões podem simular tumores ováricos sólidos ou leiomiomas uterinos subserosos.

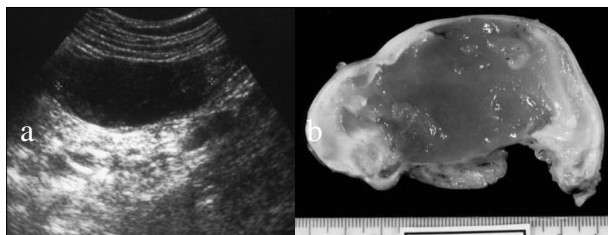


Fig. 1 - Cistadenoma mucinoso apendicular. A ecografia da área anexial direita revela uma lesão quística tubular, sem ecos internos (1a). Peça operatória do apêndice ileo-cecal preenchido com material gelatinoso (1b).

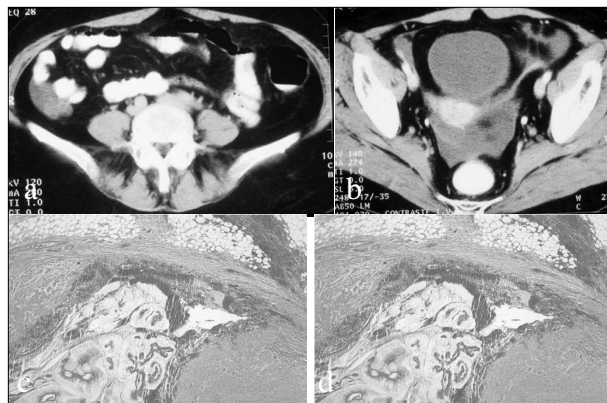


Fig. 2 - Adenocarcinoma apendicular com pseudomixoma peritonei. A T.C. (2a) com contraste mostra um mucocelo apendicular na fossa ílfaca direita e ascite mucinosa na escavação pélvica (2b). O estudo anátomo-patológico (2c) evidenciou células neoplásicas flutuando na mucina no interior da parede apendicular.

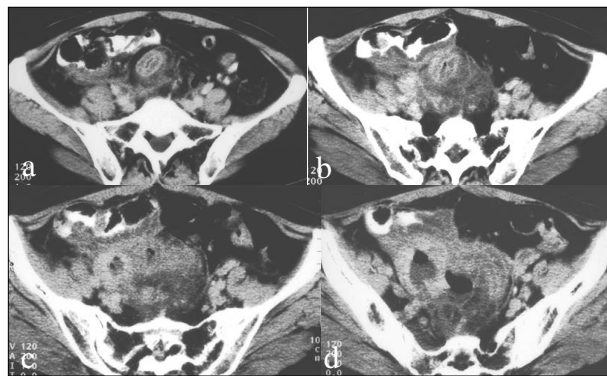


Fig. 3 - Abscesso apendicular. A T.C. nas imagens após contraste demonstra lesão em contiguidade com o tubo digestivo com ar no seu interior, confirmando lesão inflamatória com ponto de partida gastro-intestinal.

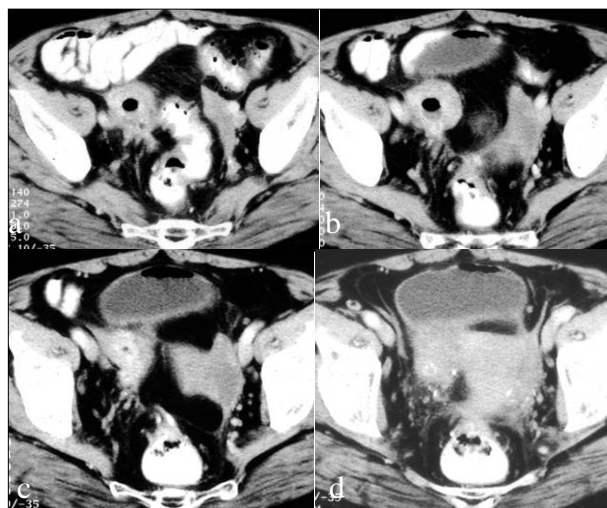


Fig. 4 - Lesão inflamatória gastro-intestinal simulando abscesso tubo-ovárico. T.C. pélvico, identificando-se após contraste e.v., lesão adjacente ao cólon sigmoide, com imagens gasosas no seu interior, excluindo ponto de partida anexial.

A demonstração da continuidade com o tracto gastro-intestinal é útil na determinação da origem intestinal das lesões.

Lesões Peritoneais e Mesentéricas

Os **quistos de inclusão peritoneal** (Fig. 5) apresentam-se com uma variedade de aspectos radiológicos, constituindo outra entidade que pode simular um tumor do ovário quístico ou sólido ou uma hidrossalpinge. Estas lesões resultam da acumulação entre aderências peritoneais, de líquido fisiologicamente produzido pelos ovários activos. Ocorrem em mulheres pré-menopausa com história de inflamação peritoneal, geralmente secundária a cirurgia abdominal ou pélvica, traumatismo, doença inflamatória pélvica ou intestinal ou endometriose.

Os quistos de inclusão peritoneal podem estar aderentes à superfície dos ovários mas não envolvem o parênquima ovárico. A acumulação de líquido peritoneal entre as aderências aparece como uma lesão multiquística ovalar ou lobulada na região pélvica, conformando-se à escavação pélvica e ao ovário adjacente. As aderências extensas podem formar septos espessos e tumores quísticos complexos que são difíceis de diferenciar das neoplasias malignas do ovário. A identificação do ovário ipsilateral normal e de líquido adjacente conformando-se à cavidade peritoneal permitem um correcto diagnóstico pré-operatório, num contexto clínico adequado, que é útil no planeamento terapêutico que na maioria dos casos é conservador[1,2]. Tumores peritoneais como o **mesotelioma maligno** (Fig. 6) e o **mesotelioma multiquístico** podem assemelhar-se aos tumores do ovário com ou sem disseminação peritoneal.

Tumores muito raros podem ocasionalmente ser confundidos com lesão ginecológica, nomeadamente com o **lipoleiomioma** (Fig. 7).

Os **quistos mesoteliais** (Fig. 8) resultam da ausência de coalescência das superfícies peritoneais com revestimento mesotelial. São quistos uniloculares, de parede fina, contendo material seroso, com células mesoteliais revestindo a superfície interna do quisto. Em ecografia

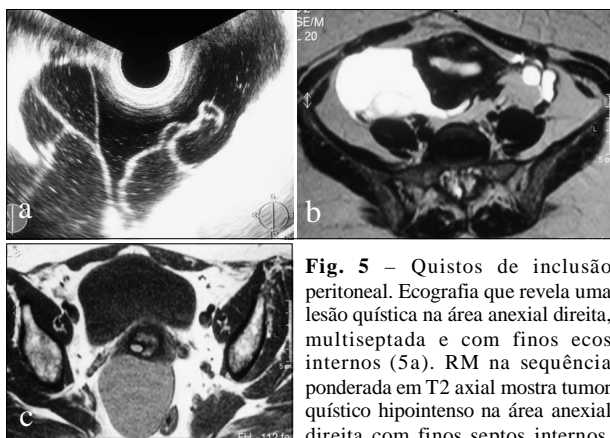


Fig. 5 – Quistos de inclusão peritoneal. Ecografia que revela uma lesão quística na área anexial direita, multiseptada e com finos ecos internos (5a). RM na sequência ponderada em T2 axial mostra tumor quístico hipointenso na área anexial direita com finos septos internos,

conformando-se à parede uterina postero-lateral. Identifica-se o ovário direito (5b). Na sequência ponderada em T1 axial identifica-se lesão homogênea, de sinal intermédio, com contorno regular, condicionando desvio anterior do colo uterino e desvio postero-lateral esquerdo do recto (5c).

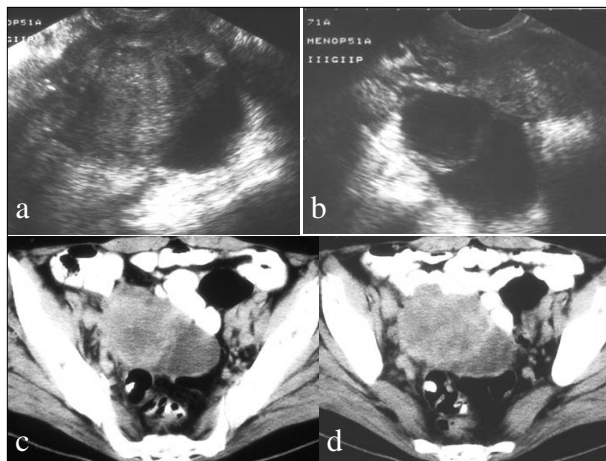


Fig. 6 – Mesotelioma peritoneal maligno simulando neoplasia do ovário com carcinomatose peritoneal. Ecotomografia e T.C. após contraste e.v. revelaram tumor sólido peritoneal heterogêneo com realce.

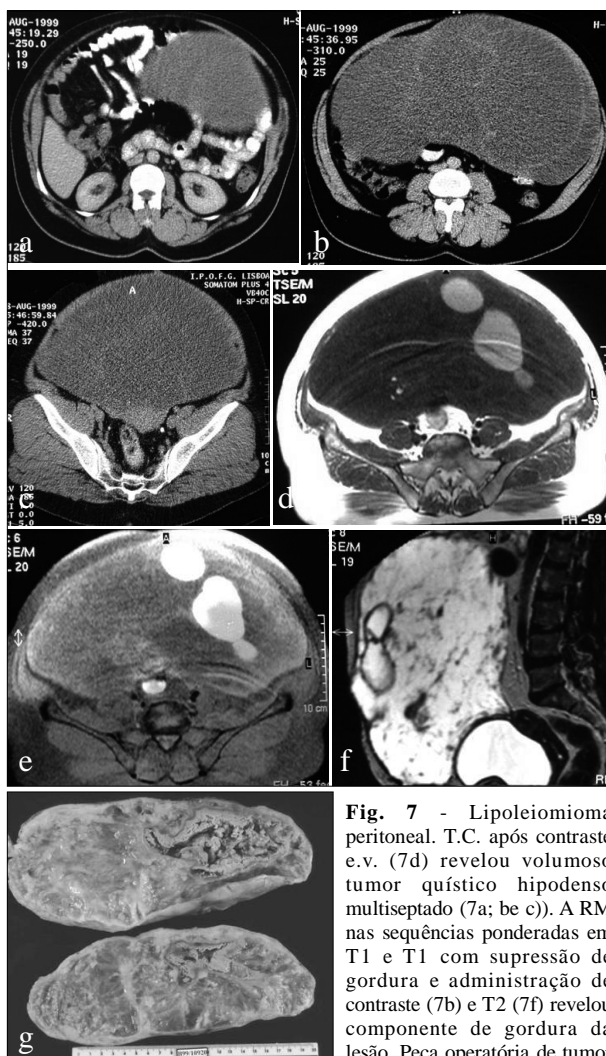


Fig. 7 – Lipoleiomioma peritoneal. T.C. após contraste e.v. (7d) revelou volumoso tumor quístico hipodenso multiseptado (7a; be c). A RM nas sequências ponderadas em T1 e T1 com supressão de gordura e administração de contraste (7b) e T2 (7f) revelou componente de gordura da lesão. Peça operatória de tumor

peritoneal com 24cm, com superfície de corte heterogênea com áreas quísticas e sólidas (7g). O estudo anátomo-patológico revelou lipoleiomioma.

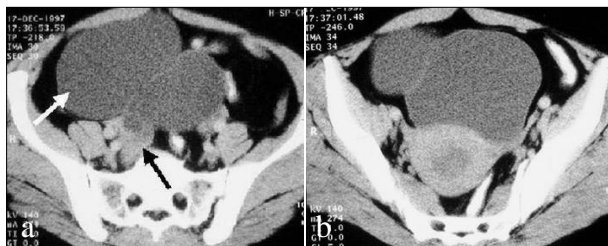


Fig. 8 - Quistos Mesoteliais. TC revelando após contraste e.v., tumor pélvico, homogeneamente hipodenso, de parede fina, fazendo corpo com a bexiga e o ovário direito (8a). O exame anátomo-patológico revela células mesoteliais revestindo a superfície interna do quisto (8b).

apresentam-se como lesões anecogênicas com reforço posterior, demonstrando a T.C. e a Ressonância Magnética (R.M.) uma lesão de conteúdo líquido, sem evidência de parede ou septos internos.

Os **quistos de duplicação entéricos, quistos entéricos e pseudo-quistos não pancreáticos** podem também apresentar-se como massas quísticas intra-peritoneais simulando tumores do ovário quísticos. A identificação de ambos os ovários indica que estas lesões não são provavelmente massas anexiais. Os **quistos para-ováricos** verdadeiros ou primários (Fig. 9) não são provocados por aderências e apresentam-se como massas quísticas únicas ou múltiplas separadas do ovário, no ligamento largo.

Os **tumores primários do ligamento largo** (Fig. 10), embora raros podem manifestar-se como massa quística intra-peritoneal. Estas lesões são sempre unilaterais contrariamente à maioria dos tumores do ovário. Consequentemente a identificação do ovário normal ipsilateral separadamente da massa é útil no diagnóstico de ambas estas entidades [3].

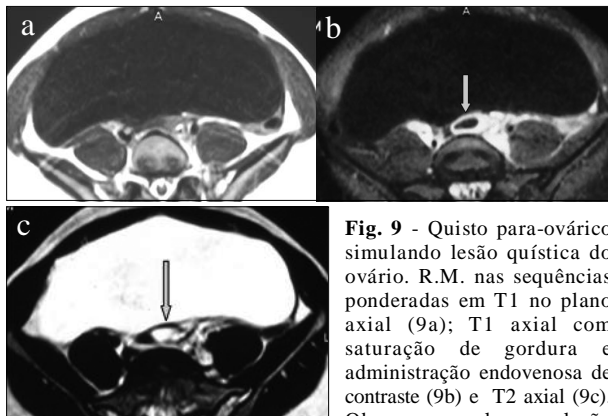


Fig. 9 - Quisto para-ovárico simulando lesão quística do ovário. R.M. nas sequências ponderadas em T1 no plano axial (9a); T1 axial com saturação de gordura e administração endovenosa de contraste (9b) e T2 axial (9c). Observa-se volumosa lesão

quística na escavação pélvica e o ovário esquerdo (setas) confirmando a sua origem extra-ovárica.

Lesões Extra-Peritoneais

Múltiplas lesões no compartimento pélvico extra-peritoneal podem simular uma neoplasia uterina ou anexial. Lesões ocupando espaço extra-peritoneais, dependendo da sua localização podem condicionar desvio interno ou anterior do uretero pélvico – compartimento lateral ou posterior; encarceramento dos vasos ilíacos e perda de plano de clivagem com os músculos obturador interno,

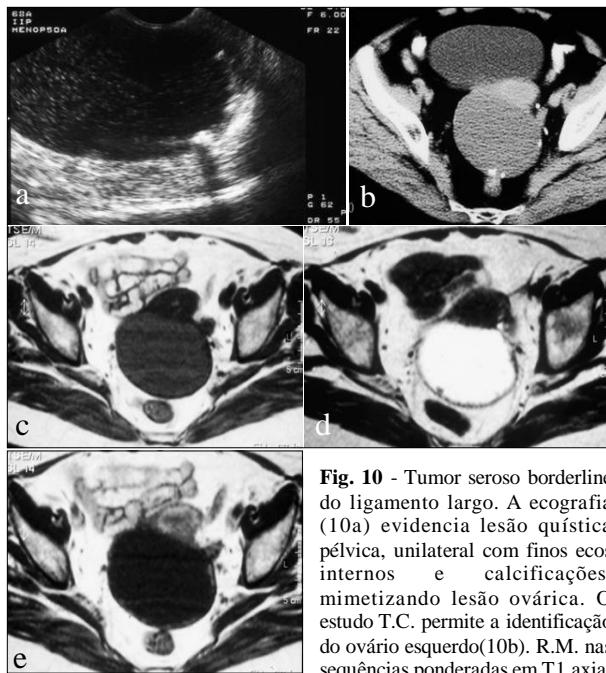


Fig. 10 - Tumor seroso borderline do ligamento largo. A ecografia (10a) evidencia lesão quística pélvica, unilateral com finos ecos internos e calcificações, mimetizando lesão ovárica. O estudo T.C. permite a identificação do ovário esquerdo (10b). R.M. nas sequências ponderadas em T1 axial (10c); T2 axial (10d) e T1 com administração de contraste (10e) é posto em evidência o efeito de massa da lesão que condiciona desvio anterolateral do útero e posterior do recto e a captação de contraste pelas vegetações sólidas milimétricas da parede que correspondiam às calcificações detectadas na T.C. O estudo anátomo-patológico confirmou a origem extra-ovárica da lesão, identificando um tumor seroso borderline do ligamento largo esquerdo.

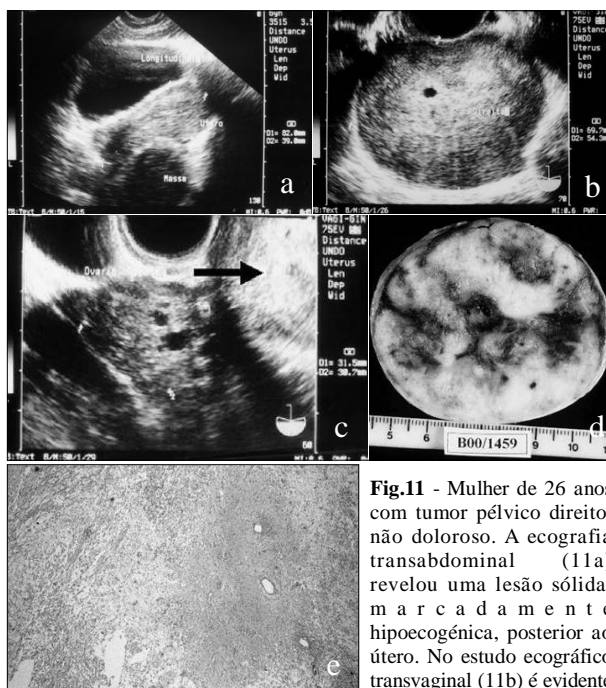


Fig. 11 - Mulher de 26 anos com tumor pélvico direito, não doloroso. A ecografia transabdominal (11a) revelou uma lesão sólida, marcadamente hipocogênica, posterior ao útero. No estudo ecográfico transvaginal (11b) é evidente a heterogeneidade da lesão, que evidencia pequena área quística central e reforço posterior. Adjacente à lesão identificou-se separadamente o ovário ipsilateral (11c). A peça operatória de tumorectomia em secção (11d) demonstrou um tumor encapsulado com focos hemorrágicos. No estudo anátomo-patológico (11e) o padrão tumoral era consistente com o diagnóstico de Schwannoma.

piriforme e ilio-psoas – parede pélvica lateral ou adjacentes. As lesões localizadas no espaço pré-sagrado podem provocar desvio anterior ou anteromedial do recto. O conhecimento dos processos patológicos que ocorrem neste compartimento e as suas características imagiológicas facilitam um diagnóstico adequado [4]. Os **tumores neurogênicos** que ocorrem em topografia pélvica podem ser confundidos com lesões uterinas ou anexiais, especialmente quando existem alterações degenerativas secundárias. Os **Schwanomas** (Fig. 11), são tumores benignos das bainhas nervosas, sendo o retroperitôneo uma localização rara destes tumores, tendo como localização característica o espaço para-vertebral ou pré-sagrado. Estas lesões são geralmente assintomáticas e consequentemente detectadas incidentalmente. Os schwannomas retroperitoneais podem ser tumores de maiores dimensões e a irrigação insuficiente da porção central da lesão pode provocar alterações degenerativas como a degenerescência quística, calcificação, hemorragia e hialinização.

Os **Neurofibromas** (Fig. 12), podem manifestar-se como tumores solitários ou como componente de Neurofibromatose. Nestes tumores com origem nas bainhas nervosas, as fibras nervosas atravessam a lesão. Áreas de degenerescência quística são raras nos neurofibromas, enquanto que a degenerescência maligna pode ocorrer, particularmente em casos de neurofibromatose, sendo que esta ocorre muito raramente nos schwannomas. Por vezes os tumores neurogênicos envolvem o foramen ciático ou um foramen vertebral neural, facilitando a identificação da origem da lesão. Os **Quistos Sagrados Perineurais** ou **Quistos de Tarlov** podem também fazer procidência para

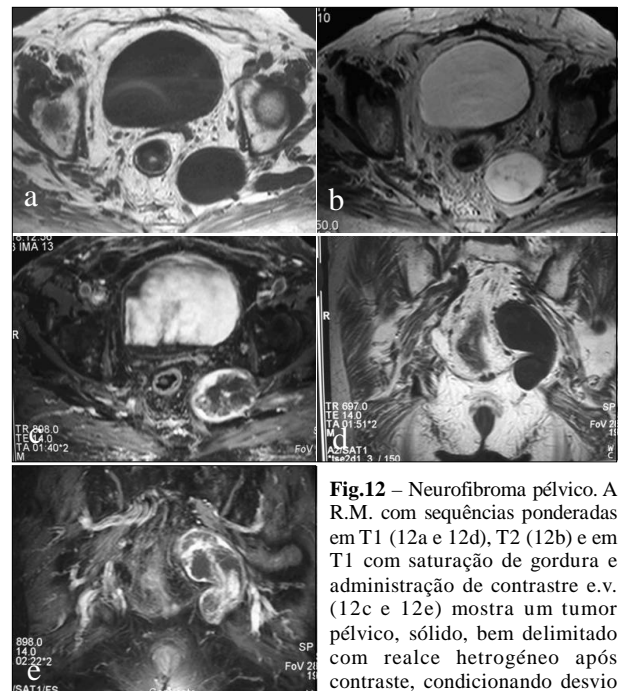


Fig.12 – Neurofibroma pélvico. A R.M. com seqüências ponderadas em T1 (12a e 12d), T2 (12b) e em T1 com saturação de gordura e administração de contraste e.v. (12c e 12e) mostra um tumor pélvico, sólido, bem delimitado com realce heterogêneo após contraste, condicionando desvio anterior do recto. Imagens a, b e c no plano axial e d e e no plano coronal.

a região pré-sagrada e apresentarem-se como massas quísticas pélvico.

Um **teratoma retroperitoneal** ou **sacroccígeo** (Fig. 13), pode ser confundido com um teratoma do ovário, sendo que a identificação de ambos os ovários pode sugerir a origem não anexial da lesão. Embora estas localizações

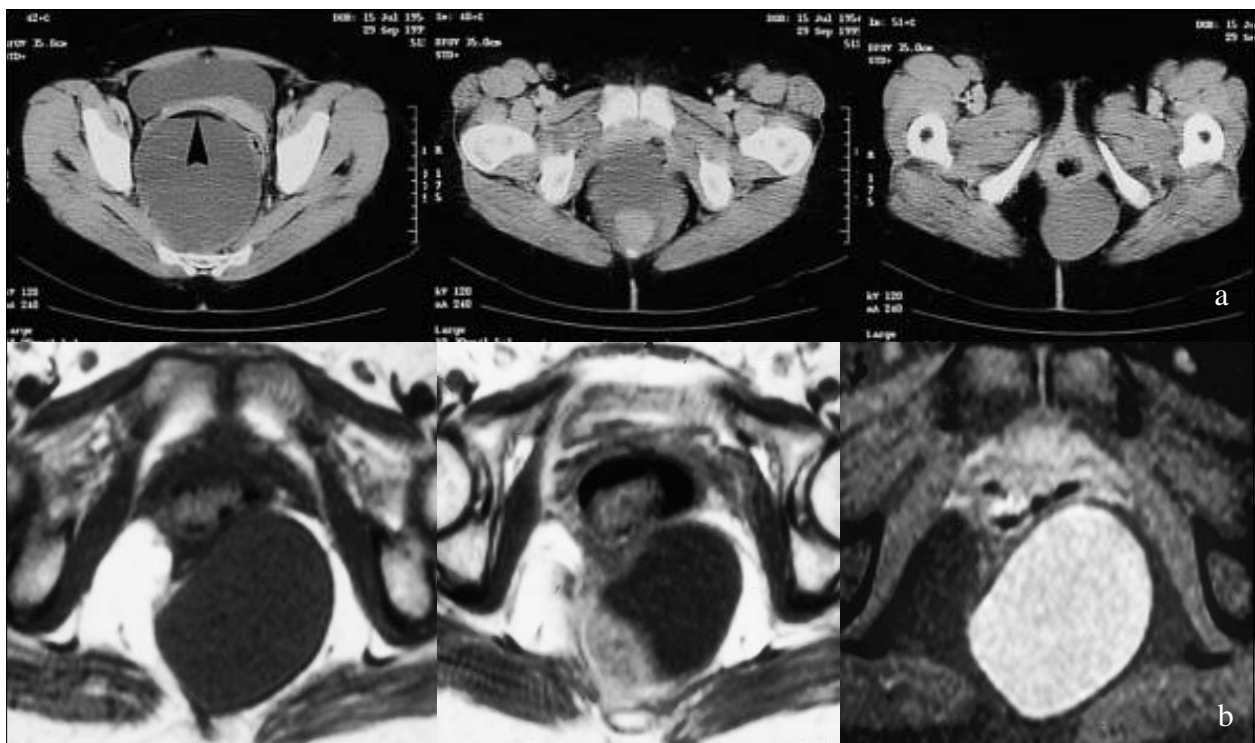


Fig. 13 – Teratoma sacroccígeo com transformação maligna. A T.C. (13a) revelou lesão quística homogênea, pré-sagrada com nível de gordura e nódulo sólido (seta) com realce após contraste e.v., condicionando compressão da bexiga e desviando anteriormente o recto e a vagina. Imagens de R.M. (13b) em T1 axial, T2 axial e T1 axial com saturação de gordura.

sejam menos frequentes, os achados imagiológicos são semelhantes aos dos teratomas em localização ovárica ou mediastínica. A presença de gordura no interior da lesão é considerado muito sugestivo da sua natureza [5].

Os **linfangiomas quísticos** são tumores benignos congênitos pouco frequentes, sendo rara a sua localização retroperitoneal (Fig. 14). Nos exames radiológicos estas lesões manifestam-se como grandes tumores quísticos, multiseptados, de parede fina. Ecograficamente podem ser anecogénicos, ter ecos internos ou sedimentação e em T.C. a sua atenuação varia de valores negativos, a densidade próxima da hídrica ou superior.

As lesões quísticas simples pré-sagradas podem corresponder a **meningocelos anteriores**, **quistos de duplicação rectal** ou **anal** e **quistos da glândula anal**. Estas lesões podem representar colecções anómalas, como um seroma ou urinoma, no contexto clínico adequado. Outras lesões que podem simular um tumor ginecológico, são o **lipoma**, **miolipoma** (Fig. 15), **lipossarcoma** ou **leiomiossarcoma**.

Um **linfocelo** pélvico pós-operatório (Fig. 16), pode também apresentar-se como um tumor quístico pélvico e ser confundido com um quisto do ovário de grandes dimensões.

Valores de atenuação negativos em T.C. devido à presença de gordura no líquido são raros, mas muito sugestivos de linfocelo.

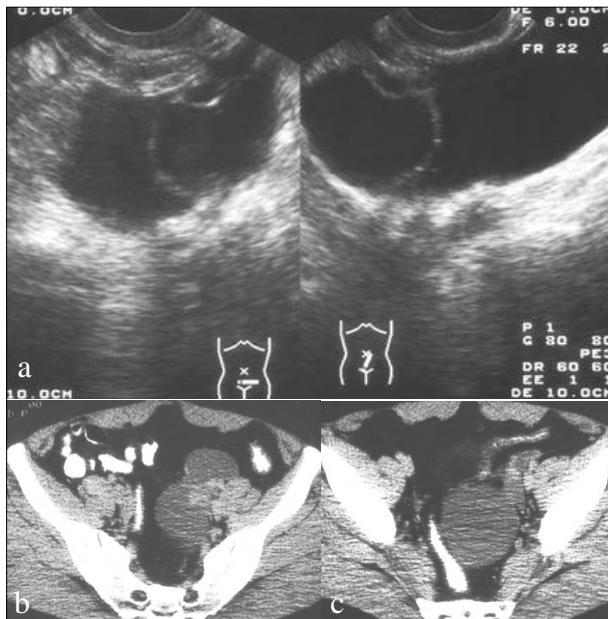


Fig. 14 – Linfangioma pélvico. A ecotomografia mostra um tumor pélvico quístico multiseptado (14a). A T.C. após contraste revelou um tumor quístico lobulado, hipodenso de parede fina (14b e 14c).

Lesões do Tracto Urinário

A bexiga em marcada repleção pode por vezes ser confundida com um quisto anexial. Consequentemente quando se identifica um tumor pélvico, é conveniente identificar a bexiga separadamente da lesão.

A patologia vesical, nomeadamente, as formações diverticulares e tumores sólidos exofíticos podem também simular uma lesão quística ou sólida anexial [6].

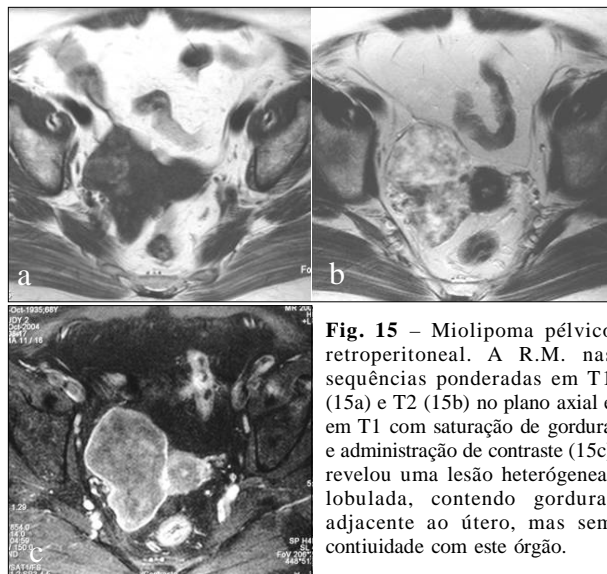


Fig. 15 – Miolipoma pélvico retroperitoneal. A R.M. nas sequências ponderadas em T1 (15a) e T2 (15b) no plano axial e em T1 com saturação de gordura e administração de contraste (15c) revelou uma lesão heterogênea, lobulada, contendo gordura, adjacente ao útero, mas sem continuidade com este órgão.



Fig. 16 – Linfocelos pélvicos. T.C. evidencia linfocelos pélvicos simulando um tumor anexial condicionando envolvimento dos vasos ilíacos e dos músculos da parede pélvica lateral.

Lesões Iatrogénicas

A retenção de corpo estranho após laparotomia, mais frequentemente uma compressa cirúrgica, pode simular um hematoma, abscesso ou tumor sólido [6, 7]. A presença de pequenas bolhas de gás no seu interior e a estrutura reticular da compressa, são achados evocadores da sua etiologia. A história clínica e os achados radiológicos sugerem o diagnóstico correcto.

Conclusão

Muitas e diferentes lesões abdominais e pélvicas podem apresentar-se com sintomas semelhantes e não específicos. Os Radiologistas devem conhecer estas entidades e incluí-las no diagnóstico diferencial de lesões ginecológicas.

Bibliografia

1. Jain, K. A. - *Imaging of peritoneal inclusion cysts*. AJR, 2000, 174:1559-1563.
2. Kim, J. S.; Lee, H. J.; Woo, S. K. et al - *Peritoneal inclusion cysts and their relationship to the ovaries: evaluation with sonography*. Radiology, 1997, 204:481-484.
3. Mrad, K.; Driss, M.; Abdelmoula, S. et al - *Primary broad ligament cystadenocarcinoma with mucinous component: a case report with immunohistochemical study*. Arch Pathol Lab Med, 2005, 129:244-246.
4. Foshager, M. C.; Hood, L. L.; Walsh, J. W. - *Masses simulating gynecologic diseases at CT and MR imaging*. RadioGraphics, 1996, 16:1085-1099.
5. Fried, A. M.; Kenny III, C. M.; Stigers, K. B. et al - *Benign pelvic masses: sonographic spectrum*. RadioGraphics, 1996, 16:321-334.
6. Szklaruk, J.; Tamm, E. P.; Choi, H. et al - *MR imaging of common and uncommon large pelvic masses*. RadioGraphics, 2003, 23:403-424.
7. Damani, N.; Wilson, S. R. - *Nongynecologic applications of transvaginal US*. RadioGraphics, 1999, 19: S179-S200.
8. Monteiro, M.; Cunha, T. M.; Catarino, A. et al - *Sacroccygeal teratoma with malignant transformation in an adult female: CT and MRI findings*. The British Journal of Radiology, 2002, 75:620-623.
9. Kim, S. H. et al - *Nongynecologic lesions mimicking gynecologic diseases*. In: Radiology Illustrated: Gynecologic Imaging. Elsevier Saunders, Philadelphia and Pennsylvania, pp. 899-900, 2005.
10. Sahin-Akyar, G. et al - *Pseudotumor due to surgical sponge: gossypiboma*. Australasian Radiol, 1997, 41:288-291.
11. Levine, C. D.; Patel, U. J.; Ghanekar, D. et al - *Benign extraovarian mimics of ovarian cancer: distinction with imaging studies*. Clinical Imaging, 1997, 21:350-358.
12. Pickhardt, P. J.; Levy, A. D.; Rohman, C. A. et al - *Primary neoplasms of the appendix: radiologic spectrum of disease with pathologic correlation*. RadioGraphics, 2003, 23:645-662.
13. Hanbidge, A. E.; Lynch, D.; Wilson, S. R. - *US of the peritoneum*. RadioGraphics, 2003, 23:663-685.
14. Saksouk, F. A.; Johnson, S. C. - *Recognition of the ovaries and ovarian origin of pelvic masses with CT*. RadioGraphics, 2004, 24:S133-S146.
15. Lee, J. H.; Jeong, Y. K.; Park, J. K. et al. - *"Ovarian vascular pedicle" sign revealing organ of origin of a pelvic mass lesion on helical CT*. AJR, 2003, 181:131-137.
16. Pickhardt, P. J.; Bhalla, S. - *Unusual nonneoplastic peritoneal and sub-peritoneal conditions: CT findings*. RadioGraphics, 2005, 25:719-730.
17. Stoupis, C.; Ros, R.; Abbitt, P. et al - *Bubbles in the belly: imaging of cystic mesenteric and omental masses*. RadioGraphics, 1994, 14:729-737.
18. Yang, D. M.; Jung, D. H.; Kim, H. et al - *Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical and pathologic findings and literature review*. RadioGraphics, 2004, 24:1353-1365.
19. Keslar, P. J.; Buck, J. L.; Suarez, E. S. - *Germ cell tumors of the sacroccygeal region: radiologic-pathologic correlation*. RadioGraphics, 1994, 14:607-620.

20. Rha, S. E.; Byun, J. Y.; Jung, S. E. et al - *Neurogenic tumors in the abdomen: tumor types and imaging characteristics*. RadioGraphics, 2003, 23:29-43.

21. Behranwala, K. A.; Chettiar, K.; El-Bahrawy, M. et al - *Retroperitoneal myolipoma*. World J Surg Oncol, 2005, 3:72.

Correspondência

Inês Pereira
Rua Dr. Neves Eliseu nº29, 3ºEsq
2490-559 Ourém
e-mail: ines.rossi.pereira@mac.com